

Afectación cardiaca de la esclerosis sistémica. Un caso de taquicardia de QRS ancho

NOELIA VÁZQUEZ FUENTES, JOSÉ JAVIER QUEROL GUTIÉRREZ, JOSÉ MARÍA MIRALLES IBARRA,
RAFAEL MERINO DE TORRES, JUAN CARLOS QUEROL GUTIÉRREZ, ENRIQUE LAZA LAZA

Unidad de Reumatología. Hospital Ingesa de Ceuta, España.

CORRESPONDENCIA:

N. Vázquez Fuentes
Unidad de Reumatología
Hospital Ingesa de Ceuta
Paseo Marina Española, s/n
Ceuta, España
E-mail: nvazquezfuentes0@yahoo.es

La afectación cardiaca de la esclerosis sistémica es una de las complicaciones más frecuentes de la enfermedad pero suele cursar de forma asintomática lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento precoz. Presentamos el caso de una mujer con diagnóstico de esclerosis sistémica que presenta un episodio agudo de taquicardia de QRS ancho. [Emergencias 2008;20:285-288]

Palabras clave: Esclerosis sistémica. Afectación cardiaca. Taquicardia de QRS ancho.

FECHA DE RECEPCIÓN:

1-6-2007

FECHA DE ACEPTACIÓN:

31-10-2007

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Introducción

La afectación cardiaca en la esclerosis sistémica (ES) es una de las complicaciones viscerales más frecuentes y el principal factor determinante del pronóstico de la enfermedad¹. Podemos encontrar alteraciones del ritmo, defectos de conducción, disfunción autonómica o enfermedad pericárdica². Las manifestaciones clínicas son infrecuentes e inespecíficas y a menudo se confunden con las de otras complicaciones de la enfermedad como las pulmonares o renales lo que dificulta aún más su diagnóstico precoz y por tanto la prevención de complicaciones. Describimos el caso de una mujer diagnosticada de esclerosis sistémica con manifestaciones cardiacas en forma de taquicardia de QRS ancho.

Caso clínico

Paciente de 36 años diagnosticada en el año 2000 de esclerosis sistémica y fenómeno de Raynaud secundario. En julio de 2005 presentó un episodio agudo de disnea y palpitaciones tras un esfuerzo moderado por lo que acudió al servicio de urgencias. A la exploración física a su llegada se ob-

jetivó una presión arterial de 103/66 mmHg y frecuencia cardiaca de 220 por minuto con saturación arterial de O₂ por pulsioximetría del 95%. A la auscultación cardiaca, los tonos eran rítmicos con soplo holosistólico en el foco tricuspídeo. Se realizó estudio analítico con hemograma, hemostasia y bioquímica con enzimas de lesión miocárdica que fue normal. El electrocardiograma (ECG) puso de manifiesto una taquicardia de QRS ancho (Figura 1). En la radiografía de tórax se observó un índice cardiotorácico en el límite superior de la normalidad sin otros hallazgos destacables. Tras la administración de tratamiento antiarrítmico con amiodarona la paciente revierte a ritmo sinusal con bloqueo completo de rama derecha en el ECG de control (Figura 2) y buena respuesta clínica. Durante su ingreso se realizó estudio ecocardiográfico en el que se observó una hipertrofia de ventrículo izquierdo asimétrica septal con una fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) estimada del 50%, un septo interventricular adelgazado y con aplanamiento sugestivo de sobrecarga, dilatación de aurícula y ventrículo derechos, insuficiencia tricuspídea severa e hipertensión pulmonar muy ligera (31 mmHg) (Figuras 3 y 4). Se inició tratamiento con verapamilo y se implanta un DAI un mes más tarde con control sintomático.

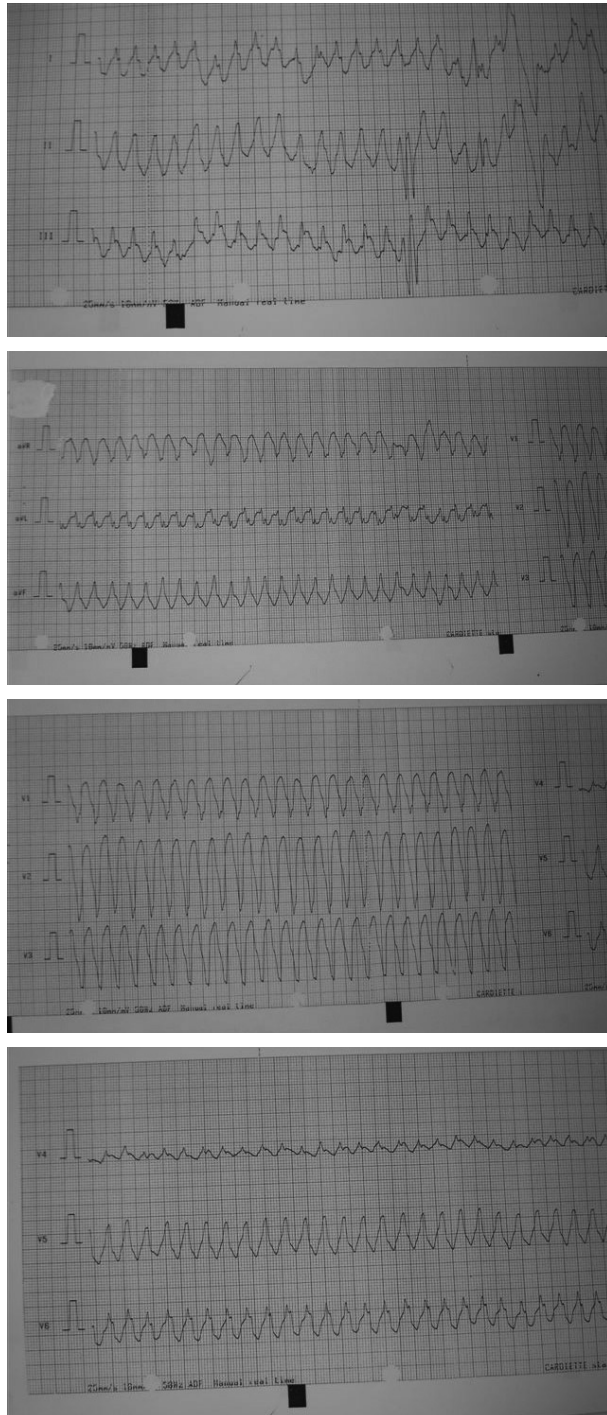


Figura 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones en el que se observa una taquicardia con RSS ancho.

Discusión

Se han descrito distintos tipos de arritmia cardiaca en pacientes con ES. Diversos estudios han demostrado que hasta un 50% de pacientes con ES presentan alteraciones electrocardiográficas en forma de arritmias auriculares (61% latidos ectópi-

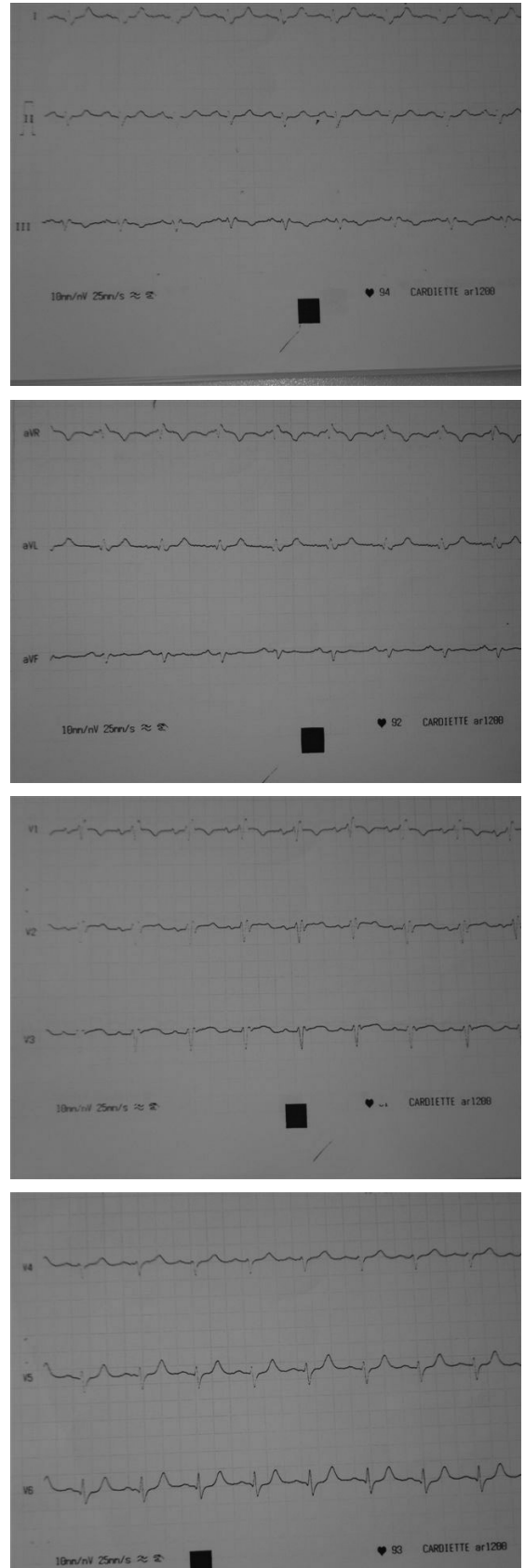


Figura 2. Electrocardiograma de 12 derivaciones en el que se observa un ritmo sinusal.

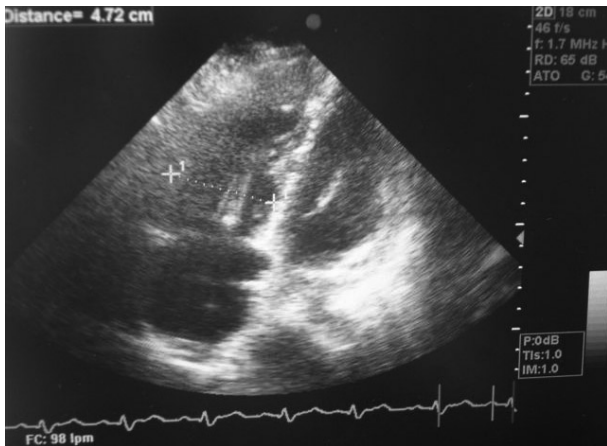


Figura 3. Hipertrofia del ventrículo izquierdo y adelgazamiento del septo interventricular.

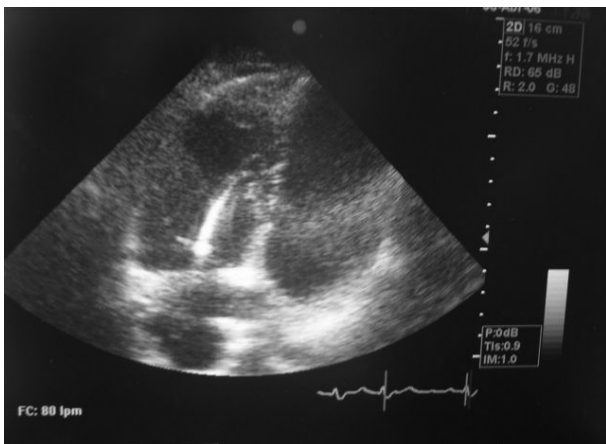


Figura 4. Insuficiencia tricuspídea severa.

cos supraventriculares, 21% rachas de taquicardia supraventricular), ventriculares (67% ectopia ventricular, 7% taquicardia ventricular) o alteraciones de la conducción³. En las formas limitadas de ES las cifras oscilan entre el 25-38% de pacientes según las series en forma de bloqueos de rama, bloqueos aurículo-ventriculares, alteraciones del ST e hipertrofia ventricular⁴.

Los mecanismos que se han implicado en su patogenia son una afectación primaria selectiva del sistema de conducción y/o fibrosis miocárdica difusa (hasta en el 81% de pacientes con ES)⁵ posiblemente secundaria a necrosis en bandas de contracción como secuela de isquemia intermitente microvascular (Raynaud microcoronario)^{1,3,5,6}. La fibrosis de la ES puede distinguirse histológicamente de la observada en las arterias coronarias ateroscleróticas. Las áreas de fibrosis en la ES no se corresponden con la distribución regional de ninguna arteria coronaria, no hay depósitos miocárdicos de hemosiderina y suele localizarse en la región subendocárdica².

En los pacientes con ES se ha observado hipertrofia ventricular y septal asimétrica en ausencia de hipertensión arterial en un porcentaje mayor que en la población general así como disfunción diastólica y disminución de la fracción de eyección ventricular izquierda en reposo (15,3%) y sobre todo durante el ejercicio (46%).

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas e infrecuentes y pueden confundirse con síntomas debidos a otras complicaciones de la ES como las pulmonares vasculares o intersticiales. Se ha calculado que la afectación cardiaca de la ES es clínicamente evidente sólo en el 20-25% de los casos, con una mortalidad el 70% a los 5 años¹. Los síntomas más frecuentes son la fatigabilidad y la disnea, que pueden solaparse con los debidos a fibrosis y/o hipertensión pulmonar, anemia o afectación musculoesquelética^{2,4}. Otros síntomas son palpitaciones y taquicardia como consecuencia de alteraciones del ritmo o disfunción autonómica, mareo y síncope por defectos de conducción y dolor torácico en casos de pericarditis. A la exploración física se puede objetivar galope ventricular, taquicardia sinusal, signos de insuficiencia cardiaca congestiva y roces pericárdicos. La presentación en forma de cardiopatía isquémica es infrecuente^{1,2,5}.

La afectación miocárdica es el principal factor determinante de la supervivencia en la esclerosis sistémica⁵. Existe una clara relación entre las arritmias ventriculares (ectopia ventricular y taquicardia ventricular) y la mortalidad total y por muerte súbita^{2,5}.

Para su valoración son de utilidad las técnicas no invasivas como el ECG, la ecocardiografía y la monitorización de Holter. La prevalencia de alteraciones de la conducción aumenta de forma significativa con el estudio mediante Holter con respecto al electrocardiográfico (del 32 al 62%)².

En cuanto al tratamiento se emplean inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y calcioantagonistas para el tratamiento de la disfunción ventricular, antiarrítmicos y marcapasos para los trastornos del ritmo y desfibriladores o ablación por radiofrecuencia en casos de defectos de conducción^{2,6}.

Bibliografía

- 1 Ferri C, Di Bello V, Martini A, Giorgi D, Storino F, Bianchi M, et al. Heart involvement in systemic sclerosis: an ultrasonic tissue characterisation study. *Ann Rheum Dis* 1998;57:296-302.

- 2 Ferri C, Giuggioli D, Sebastiani M, Colaci M, Emdin M. Heart involvement and systemic sclerosis. *Lupus* 2005;14:702-7.
 - 3 Camino A, Hernández Madrid A, Rebollo J, Peña G, Socas A, Moro C. Ablación con radiofrecuencia de taquicardia ventricular monomorfa recurrente en una paciente con esclerosis sistémica severa. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:405-8.
 - 4 Handa R, Gupta K, Malhotra A, Jain P, Kamath PK, Aggarwal P, et al. Cardiac involvement in Limited Systemic Sclerosis: non-invasive assessment in asymptomatic patients. *Clin Rheumatol* 1999;18:136-9.
 - 5 Seibold JR. Esclerodermia. Manifestaciones clínicas. Afectación miocárdica. *Reumatología* 6th ed. 2003;83:1226.
 - 6 Rankin AC. Arrhythmias in systemic sclerosis and related disorders. *Cardiac Electrophysiology Review* 2002;6:152-4.
 - 7 Follansbee WP, Curtiss EI, Medsger TA, Steen VD, Uretsky BF, Owens GR, et al. Physiologic abnormalities of cardiac function in progressive systemic sclerosis with diffuse scleroderma. *N Eng J Med* 1984;310:142-8.
-

Cardiac involvement in systemic sclerosis. A case with wide-QRS tachycardia

Vázquez Fuentes N, Querol Gutiérrez JJ, Miralles Ibarra JM, Merino de Torres R, Querol Gutiérrez JC, Laza Laza E

Cardiac involvement is one of the most frequent complications in systemic sclerosis but the asymptomatic course of the disease make early diagnosis and treatment difficult. We present the case of a woman diagnosis with systemic sclerosis who presented with an acute episode of wide-QRS tachycardia. [*Emergencias* 2008;20:285-288]

Key words: Systemic sclerosis. Cardiac diseases. Tachycardia, ventricular.